返納年月日	令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	担当者	

健康保険　□被保険者証 □資格確認書　回収不能届

被保険者等 記号・番号	・	事業所名称	
被保険者氏名	フリガナ	被保険者の 生年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日
被保険者の現住所 又は最後の住所	〒 電話　　（　　）		
資格取得年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
解退職の事由			
被保険者の近況			
賃金・退職金などの被保険者に対する未払金の有無			□ 有　・　□ 無
回収できない 保険証・資格確認書	氏 名		氏 名
	氏 名		氏 名
	氏 名		氏 名
傷病状況　被保険者	□ 傷病がないと認められる	□ 傷病があると認められる	
傷病状況　被扶養者	□ 傷病がないと認められる	□ 傷病があると認められる 氏名（　　）（　　）	
被保険者証・ 資格確認書の返納を 督励した状況	令和　　年　　月　　日		
	令和　　年　　月　　日		
	令和　　年　　月　　日		
	令和　　年　　月　　日		

令和　　年　　月　　日提出

上記の者について、被保険者証・資格確認書が回収不能であるため届出いたします。
なお、被保険者証・資格確認書を回収したときは、ただちに返納いたします。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	

受付日付印